

اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر نشخوار فکری و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به افسردگی: یک مطالعه نیمه تجربی

حانیه باقری^۱، مجید پورفرج عمران^۲

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۵/۱۵ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۱۴۰۳/۰۷/۲۹ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۱۴۰۳/۰۹/۲۵ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۰۹/۲۷

چکیده

زمینه و هدف: افسردگی یکی از مشکلات شایع است. استفاده از شفقت درمانی و انجام پژوهش در این زمینه در سال‌های اخیر افزایش یافته است. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر نشخوار فکری و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به افسردگی انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی حاضر از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به اختلال افسردگی در شهر گرگان در سال ۱۴۰۲ بود که ۳۲ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش (۱۶ نفر) و کنترل (۱۶ نفر) قرار گرفتند. سپس هر دو گروه به‌وسیله پرسش‌نامه نشخوار فکری Nolen و Hoeksema (۱۹۹۳) و بهزیستی روان‌شناختی Ryff (۱۹۸۹) مورد ارزیابی قرار گرفتند. افراد گروه آزمایش، ۸ جلسه درمان گروهی متمرکز بر شفقت را در طول دو ماه و به‌صورت یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در هر هفته دریافت کردند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که پس از ارائه درمان، میانگین نمره نشخوار فکری ($39/37 \pm 11/24$) در گروه آزمایش کاهش ($P < 0/001$) و میانگین نمره بهزیستی روان‌شناختی ($76/01 \pm 7/07$) در گروه آزمایش افزایش ($P < 0/001$) یافت و در نشخوار فکری و بهزیستی روان‌شناختی تغییرات معناداری مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: مطالعه حاضر نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت بر نشخوار فکری و بهزیستی روان‌شناختی بیماران افسرده مؤثر است. بنابراین استفاده از این رویکرد جهت کاهش نشخوار فکری و بهبود بهزیستی روان‌شناختی پیشنهاد می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: نشخوار فکری، بهزیستی روان‌شناختی، افسردگی، شفقت درمانی

ارجاع: باقری ح، پورفرج عمران م. اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر نشخوار فکری و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به افسردگی: یک مطالعه نیمه تجربی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، سال ۱۴۰۳، دوره ۲۳ شماره ۹، صفحات: ۷۵۱-۷۶۳

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد بهشهر، دانشگاه آزاداسلامی، بهشهر، ایران

۲- (نویسنده مسئول) استادیار، گروه روانشناسی، واحد بهشهر، دانشگاه آزاداسلامی، بهشهر، ایران.

تلفن: ۰۹۱۱۱۰۰۲۳۲۶، پست الکترونیکی: m.pourfaraj@gmail.com

مقدمه

افسردگی (Depression) که به عنوان اختلال افسردگی نیز شناخته می‌شود، شایع‌ترین اختلال روانی است (۱). سازمان بهداشت جهانی، اختلال افسردگی اساسی را به عنوان سومین بیماری بزرگ در جهان رتبه‌بندی کرده است و پیش‌بینی می‌کند تا سال ۲۰۳۰ به بیماری شماره یک تبدیل شود (۲). از سوی دیگر به دلیل این که تقریباً دو سوم بیماران افسرده به خودکشی فکر می‌کنند و ۱۰ تا ۱۵ درصد آن‌ها از این راه به زندگی خود خاتمه می‌دهند، پرداختن به اختلال افسردگی از اهمیتی به‌سزا برخوردار است (۳).

یکی از متغیرهایی که می‌تواند با افسردگی در ارتباط باشد، نشخوار فکری (Rumination) است. نشخوار فکری را به عنوان وقوع افکار مزاحم آگاهانه و نفرت انگیز تعریف کرده‌اند (۴). نشخوار فکری مؤلفه‌ای است که در اختلالات افسردگی نقش به‌سزایی ایفا می‌کند (۵) و منجر به تداوم و تشدید علائم اختلال و زمینه‌ساز بروز سایر اختلالات روانی می‌شود (۶، ۷)؛ از این رو بدیهی است که راهبردهای درمانی برای درمان اختلال افسردگی که هسته اصلی آن نشخوار فکری است بر کاهش و تقلیل این سازه تمرکز ویژه‌ای داشته باشند (۴).

در رویکردهای نوین درمان مشکلات روان‌شناختی ناشی از افسردگی، عوامل محافظت‌کننده شناسایی می‌گردد که از جمله این عوامل بهزیستی روان‌شناختی (Psychological well-being) می‌باشد. بهزیستی روان‌شناختی یک مفهوم چند بعدی است که از طریق ترکیب تنظیم هیجانی، ویژگی‌های شخصیتی، هویت و تجربه زندگی رشد می‌یابد (۸). Chan و همکاران نشان دادند افراد مبتلا به افسردگی، رویدادهای استرس‌زای بیشتر و در مقابل بهزیستی روان‌شناختی کمتری را تجربه می‌کنند (۹). بنابراین بهزیستی روان‌شناختی در نحوه رفتار فرد تأثیرگذار است، لذا در

درمان اختلال افسردگی، بهره‌گیری از روش‌های درمانی که مؤثر در افزایش بهزیستی روان‌شناختی باشد، ضروری و حائز اهمیت است (۱۰).

با توجه به سطح پایین بهزیستی روان‌شناختی و تجربه نشخوار فکری بیشتر در افراد دارای اختلال افسردگی، توجه به درمان‌های مؤثر و کارآمد در برابر این اختلال از اهمیت بالایی برخوردار است (۳). طبق پژوهش‌ها یکی از درمان‌های مؤثر که تأثیر قابل توجهی بر بهزیستی روان‌شناختی و توان‌مندی افراد در شرایط‌های غیرقابل تغییر دارد، درمان متمرکز بر شفقت (Compassion-based treatment) می‌باشد (۱۱). اساس آموزش درمان متمرکز بر شفقت شامل مهربانی بنیادین همراه با آگاهی عمیق از رنج بردن خود و دیگران به همراه آرزو و تلاش برای تسکین آن است (۱۲). در این روش درمانی بر ایجاد ارتباط مناسب با اطرافیان و اعتماد تأکید می‌شود؛ از این رو، ارتباط مناسب با اطرافیان و اعتماد به آنان تا حدود زیادی می‌تواند انزوا، طرد و احساس تنهایی را در افراد مبتلا به افسردگی کاهش دهد (۱۳).

به عنوان نمونه‌هایی از تأثیر درمان متمرکز بر شفقت در حیطه سلامت، نتایج تحقیق Chan و همکاران نشان داد این درمان بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی اثر مثبت دارد (۹). Rahbaran و همکاران نیز در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که آموزش متمرکز بر شفقت بر کاهش نشخوار فکری در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اثرگذار است (۱۴). Alighanavati و همکاران نیز گزارش کردند که الگوی شفقت به خود بر کاهش نشخوار فکری افراد مبتلا به اختلال افسردگی است (۱۵). هم‌چنین، بررسی تحقیقات پیشین نشان داده که درمان متمرکز بر شفقت در طیف گسترده‌ای از اختلالات و انحرافات روانی به ویژه در زمینه اختلالات مربوط به افسردگی و اضطراب (۱۶-۱۸) اثرگذار بوده است و به عنوان یک رویکرد درمانی موجب افزایش

بهزیستی روان‌شناختی (۲۰-۱۹) و کاهش نشخوار فکری (۱۵)، ۱۴ می‌شود.

استفاده از شفقت درمانی و انجام پژوهش در این زمینه در سال‌های اخیر افزایش یافته است و شواهد روزافزون حاکی از مفید بودن این درمان در موقعیت‌ها و نمونه‌های مختلف است (۱۱). مرور پیشینه پژوهش نشان می‌دهد اگرچه شواهد تحقیقاتی مختلفی از اثربخشی شفقت درمانی بر متغیرهای مختلفی از نمونه‌های متفاوت مورد بررسی قرار گرفته (۱۲)، اما این‌گونه پژوهش‌ها با متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی و نشخوار فکری در افراد مبتلا به اختلال افسردگی انجام نشده است؛ از این رو، هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر نشخوار فکری و بهزیستی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به افسردگی است.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه مبتلایان به اختلال افسردگی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های خدمات روان‌شناختی و مشاوره شهر گرگان در شش ماه دوم سال ۱۴۰۲ بود. با در نظر گرفتن اندازه اثر ۰/۳، توان آماری ۰/۸، با گروه آزمایشی و کنترل، استفاده از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره و دو دفعه سنجش، تعداد نمونه با استفاده از نرم‌افزار G-power نسخه 3.1.9.4، تعداد ۳۲ نفر به‌دست آمد. برای انتخاب نمونه ابتدا با هماهنگی با کلینیک‌های خدمات روان‌شناختی و مشاوره شهر گرگان از طریق نمونه‌گیری هدفمند ۴ کلینیک خدمات روان‌شناختی و مشاوره شهر گرگان انتخاب و اعضای نمونه از طریق مراجعه‌کنندگان به مراکز تخصصی روان‌پزشکی و روان‌شناختی که توسط روان‌پزشک یا توسط مصاحبه ساختاریافته پژوهش‌گر تشخیص اختلال افسردگی دریافت کرده‌اند و ملاک

های ورود را داشتند، انتخاب و به صورت تصادفی ساده و با استفاده از روش قرعه‌کشی به گروه کنترل و گروه آزمایشی گمارش شدند. معیارهای ورود شامل تشخیص ابتلاء به اختلال افسردگی، عدم ابتلاء هم‌زمان به دیگر اختلالات بالینی، عدم اعتیاد، عدم وجود بیماری‌های مزمن پزشکی نظیر صرع و سرطان و غیره و معیارهای خروج شامل غیبت در برنامه درمانی و مشکلات ناگهانی که امکان حضور مرتب اعضاء در جلسات و انجام تکالیف جلسات را تحت تأثیر قرار دهد، بود. پس از انتخاب نمونه از میان مبتلایان به اختلال افسردگی، اعضای نمونه با استفاده از روش جایگزینی تصادفی به ۲ گروه تقسیم شدند. قبل از شروع روش آموزشی هر دو گروه مورد مطالعه را تحت پیش‌آزمون قرار داده و از آن‌ها درخواست شد تا پرسش‌نامه‌های مورد نظر را تکمیل نمایند. گروه آزمایشی، درمان متمرکز بر شفقت را دریافت کردند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. درمان متمرکز بر شفقت به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک‌بار و به صورت درمان گروهی اجرا شد. بعد از دو ماه و اتمام جلسات، مجدداً از گروه‌ها پس‌آزمون گرفته شد و گروه کنترل در لیست انتظار برای درمان قرار گرفت. جلسات آموزشی به صورت گروهی و در هفته یک‌بار توسط متخصص آموزش دیده با مدرک دکترای روان‌شناسی بالینی زیر نظر استاد راهنما و در یکی از کلینیک‌های خدمات روان‌شناختی و مشاوره شهر گرگان (کلینیک معنا)، اجرا شد.

در این پژوهش بعد از انتخاب داوطلبانه آزمودنی‌ها و اخذ رضایت آگاهانه از آن‌ها، سایر موارد اخلاق حرفه‌ای در پژوهش از جمله رازداری و صیانت از حقوق شرکت‌کنندگان، حق انتخاب برای انجام پژوهش، حق انصراف از پژوهش هر زمان که خواهان آن هستند، تعهد اخلاقی جهت محرمانه بودن اطلاعات شخصی آزمودنی‌ها نیز رعایت شده است. پژوهش فوق با شناسه اخلاق IR.IAU.SARI.REC.1402.318 در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری مصوب گردید. همچنین، برای رعایت

ملاحظات اخلاقی پس از اتمام پس‌آزمون و جمع‌آوری اطلاعات، گروه کنترل نیز تحت مداخله شفقت درمانی قرار گرفتند. لازم به ذکر است که ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نظیر سن، جنسیت و سطح تحصیلات و بیماری‌های جسمانی در انتهای پرسش‌نامه‌ها مورد سؤال قرار گرفت. در این پژوهش از دو پرسش‌نامه خودگزارشی به‌منظور گردآوری داده‌ها به شرح زیر استفاده گردید. پرسش‌نامه نشخوار فکری (The Ruminative Response Scale; RRS): این مقیاس توسط Nolen و Hoeksema ساخته شده و دارای ۲۲ گویه با طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از هرگز (نمره ۱) تا اغلب اوقات (نمره ۴) است. این مقیاس شامل دو مؤلفه تعمق (۱۱ گویه) و در فکر فرو رفتن (۱۱ گویه) بوده که نمره بالاتر در این مقیاس بیانگر نشخوار فکری شدیدتر است. حداقل و حداکثر نمره در این مقیاس ۲۲ و ۸۸ است. نمره ۲۲ تا ۳۳ میزان نشخوار فکری پایین است، نمره ۳۴ تا ۵۵ میزان نشخوار فکری متوسط است و نمره بالاتر از ۵۵ میزان نشخوار فکری بالا است. نمرات بالاتر در این پرسش‌نامه به معنای پاسخ نشخواری بیشتر افراد در هنگام مواجهه با موقعیت‌های استرس‌آور می‌باشد. در پژوهش Erdur-Baker و Bugay ضرایب آلفای کرونباخ از ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ و ضریب بازآزمایی مقیاس ۰/۶۷ گزارش شده است (۲۱). در ایران Bagherinejad و همکاران در نمونه‌ای از دانشجویان آلفای کرونباخ را ۰/۸۸ به‌دست آوردند. آنان همبستگی مثبت و معناداری را میان پاسخ نشخوارفکری با اضطراب و افسردگی گزارش کردند (۲۲). در پژوهش حاضر پایایی پرسش‌نامه با روش آلفای کرونباخ

برای تعمق (۰/۸۵) و در فکر فرو رفتن (۰/۸۱) و برای نمره کل ۰/۸۳ به‌دست آمد.

پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی (Ryff Psychological Well-Being Scale; RPWS-18): این مقیاس توسط Ryff در سال ۱۹۸۹ ساخته شده و دارای ۱۸ گویه با طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۶) است. این مقیاس شامل شش خرده مقیاس روابط مثبت با دیگران (۳ گویه)، پذیرش خود (۳ گویه)، تسلط بر محیط (۳ گویه)، خودمختاری (۳ گویه)، زندگی هدفمند (۳ گویه) و رشد فردی (۳ گویه) است. حداقل و حداکثر نمره در این مقیاس ۱۸ و ۱۰۸ است که نمره بالاتر در این مقیاس بیانگر بهزیستی روان‌شناختی بالاتر است. Ryff دامنه آلفای کرونباخ را برای خرده مقیاس‌های ذکر شده در محدوده ۰/۷۹ تا ۰/۹۱ به‌دست آورد (۲۳). فرم ۱۸ سؤالی این ابزار در ایران اعتباریابی شده است. ضریب پایایی به روش بازآزمایی این مقیاس ۰/۸۲ و خرده‌مقیاس‌های آن از ۰/۷۰ تا ۰/۷۸ به‌دست آمده که از نظر آماری معنادار است (۲۴). در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های مورد بررسی در محدوده ۰/۷۸ تا ۰/۸۸ و برای نمره کل ۰/۸۹ به‌دست آمد.

جلسات درمان متمرکز بر شفقت که در این مطالعه استفاده شد به مدت ۸ جلسه، هفته‌ای یک جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه بود. در این رویکرد درمانی، از فنون متمرکز بر شفقت Gilbert (۱۳) استفاده شد که خلاصه‌ای از محتوای جلسات در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱- خلاصه جلسات درمان متمرکز بر شفقت *Gilbert* (۱۳)

جلسات	عنوان جلسه	محتوای جلسه
جلسه اول	مفهوم سازی موردی	برقراری رابطه درمانی با مراجع، مفهوم سازی موردی مبتنی بر شفقت، تعریف شفقت، معرفی و آشنایی با درمان متمرکز بر شفقت
جلسه دوم	معرفی سیستم های تنظیم هیجان	ارائه خلاصه ای از جلسه قبل، معرفی سه سیستم تنظیم هیجان و چگونگی تأثیر آن بر فرد، توضیح تفاوت بین ذهن متمرکز بر تهدید و ذهن مشفق.
جلسه سوم	آشنایی با مغز قدیم، مغز جدید و مغز آگاه	تکلیف: بررسی این موضوع که در موقعیت های رنج آور کدام سیستم هیجانی فعال تر است؟ بررسی تکلیف و ارائه خلاصه ای از جلسه قبل، آشنایی با مغز قدیم، مغز جدید و مغز آگاه، آموزش تمرین تنفس آرام بخش و نحوه اجرای آن، معرفی مهارت های توجه آگاهی، خوردن توجه آگاهانه (به عنوان مثال: تمرین خوردن کشمش). تکلیف: انجام تمرین تنفس آرام بخش در موقعیت های خارج از جلسه، خوردن توجه آگاهانه در خانه
جلسه چهارم	آشنایی با خصوصیت های شفقت و شناخت فرد مشفق	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه ای از جلسه قبل، توضیح خصوصیت های شش گانه شفقت (مؤلفه های بُعد اشتیاق) شامل حساسیت، مراقبت از بهزیستی، همدلی، همدردی، غیرقضاوتی بودن، تحمل آشفتگی. تعریف فرد مشفق و ویژگی های آن (خردمندی، قدرت، مهربانی، غیرقضاوتی، مسئولیت پذیری)، توضیح این موضوع که مراجع برای اینکه به فرد مشفقی تبدیل شود باید مهارت هایی را یاد بگیرد. تکلیف: مراجع نمونه هایی از مؤلفه های بعد اشتیاق در زندگی اش را برای جلسه بعد بنویسد؛ مراجع ویژگی های فرد مشفق را در خود بررسی کند.
جلسه پنجم	استدلال مشفقانه و توجه مشفقانه	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه ای از جلسه قبل، استفاده از ریتم تنفسی آرام بخش، آموزش نحوه تصویر سازی خود مشفق، تمرین تصور بهترین حالت خود، اجرای تکنیک صندلی مشفق (یا تکنیک سه صندلی). تکلیف: مراجع چند ثانیه نشخوار فکری کنند و بعد تمرین خود مشفق شدن را انجام دهند و به تفاوت این دو وضعیت دقت کنند؛ مراجع با استفاده از تمرین صندلی مشفقانه به مقابله با خود انتقادگری بپردازد.
جلسه ششم	تصویر سازی مشفقانه و تجربه حسی مشفقانه	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه ای از جلسه قبل، انجام ریتم تنفسی آرام بخش، معرفی قدرت تصویر سازی برای انسان ها و ارتباط آن با سه سیستم تنظیم هیجان، تصویر سازی ایجاد مکانی امن، رنگ آمیزی مشفقانه. تکلیف: استفاده از تصویر سازی های مشفقانه هنگام مواجهه با رنج
جلسه هفتم	احساس مشفقانه	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه ای از جلسه قبل، انجام ریتم تنفسی آرام بخش قبل از تمرین، تمرین شفقت ورزی به خود، تکنیک ایجاد یک تصویر مشفق ایده آل و کامل برای خود، اشاره ای مختصر به مفهوم ترس از شفقت. تکلیف: مراجع تمرین های یاد گرفته را در خارج از جلسه و در محیط واقعی با دیگران به کار برد.
جلسه هشتم	رفتار مشفقانه	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه ای از جلسه قبل، توضیح معنی واقعی رفتار مشفقانه، تولید ایده هایی برای رفتار مشفقانه، آموزش نوشتن نامه مشفقانه به خود، جمع بندی و ارائه خلاصه ای از جلسات گذشته، تکلیف: مراجع هر روز اقدامی مهربانانه برای خود یا فرد دیگری انجام دهد؛ مراجع ایده هایی برای رفتار مشفقانه تولید و تمرین کند؛ نامه ای مشفقانه برای خود در خانه بنویسد.

به منظور تجزیه و تحلیل داده های این پژوهش از نرم افزار SPSS نسخه ۲۷ استفاده شد و داده ها با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی آزمون مجذور کای، تحلیل کوواریانس چند متغیره و پیش فرض های آماری تحلیل کوواریانس شامل: آزمون Shapiro-Wilk، آزمون Levene، همگنی شیب خط رگرسیون، آزمون مجذور کای و آزمون Box's M تحلیل شد. سطح معناداری در آزمون ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

اطلاعات جمعیت شناختی به تفکیک گروه آزمایش و کنترل در جدول ۲ ارائه شده است. دامنه سنی نمونه مورد مطالعه در دامنه ۲۰ تا ۴۵ سال و میانگین سنی گروه آزمایش ۳۲/۱۰ سال با انحراف معیار ۴/۰۸ سال و گروه کنترل ۳۳/۰۱ سال با انحراف معیار ۴/۱۷ سال بود ($P=0/361$). نتایج جدول ۲، نشان دهنده آن است که بین گروه ها از نظر متغیرهای جمعیت شناختی مانند سن و جنسیت بر اساس نتایج آزمون مجذور کای تفاوت معناداری وجود نداشت و گروه ها از نظر ویژگی های جمعیت شناختی همگن بودند.

جدول ۲- توزیع فراوانی برخی ویژگی‌های دموگرافیک بیماران مبتلا به افسردگی مراجعه کننده به کلینیک‌های خدمات روان‌شناختی و مشاوره شهر گرگان در سال ۱۴۰۲ بر حسب گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	گروه‌ها	آزمایش		کنترل		مقدار P
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
جنسیت	زن	۱۰	۶۲/۵۰	۸	۵۰	۰/۲۸۶
	مرد	۶	۳۷/۵	۸	۵۰	
وضعیت تأهل	مجرد	۹	۵۶/۲۵	۹	۵۶/۲۵	۰/۳۷۱
	متأهل	۷	۴۳/۷۵	۷	۴۳/۷۵	
سطح تحصیلات	دیپلم	۷	۴۳/۷۵	۶	۳۷/۵	۰/۴۱۹
	لیسانس	۶	۳۷/۵	۶	۳۷/۵	
	فوق لیسانس و بالاتر	۳	۱۸/۷۵	۴	۲۵	

آزمون مجذور کای، $P < ۰/۰۵$ / اختلاف معنی‌دار

اطلاعات توصیفی هر یک از متغیرهای پژوهش به تفکیک مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۳ ارائه شده است. متغیرهای پژوهش در مرحله پیش‌آزمون تفاوت قابل ملاحظه‌ای وجود ندارد، اما در مرحله پس‌آزمون، میانگین گروه آزمایش در متغیرهای پژوهش تغییرات محسوسی داشته است. مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد که بین دو گروه پژوهش در

جدول ۳- میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش بر حسب گروه‌های مورد بررسی در بیماران مبتلا به افسردگی مراجعه کننده به کلینیک‌های خدمات روان‌شناختی و مشاوره شهر گرگان در سال ۱۴۰۲

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون (n=۱۶)		پس‌آزمون (n=۱۶)	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
روابط مثبت با دیگران	آزمایش	۱۱/۱۹	۳/۳۷	۱۳/۶۳	۲/۳۹
	کنترل	۱۱/۱۳	۳/۲۴	۱۲/۱۳	۳/۶۳
پذیرش خود	آزمایش	۱۰/۴۰	۲/۹۴	۱۳/۳۱	۳/۱۳
	کنترل	۱۰/۴۵	۲/۳۶	۱۰/۸۱	۲/۷۶
تسلط بر محیط	آزمایش	۸/۰۱	۳/۳۸	۱۱/۹۴	۲/۸۳
	کنترل	۸/۰۶	۲/۹۳	۸/۵۰	۲/۶۵
خودمختاری	آزمایش	۷/۲۵	۲/۷۹	۱۱/۷۵	۲/۴۰
	کنترل	۷/۱۳	۳/۴۲	۷/۳۸	۲/۹۱
زندگی هدف‌مند	آزمایش	۸/۱۹	۳/۸۵	۱۳/۳۱	۲/۵۷
	کنترل	۸/۳۸	۳/۱۶	۸/۷۵	۲/۹۵
رشد فردی	آزمایش	۸/۲۵	۳/۴۷	۱۲/۰۶	۳/۵۱
	کنترل	۸/۱۳	۳/۳۰	۸/۳۱	۳/۴۳
نمره کل بهزیستی روانی	آزمایش	۵۳/۸۸	۸/۱۸	۷۶/۰۱	۷/۰۷
	کنترل	۵۳/۲۵	۵/۱۷	۵۵/۸۸	۵/۱۳
تعمق	آزمایش	۲۷/۷۵	۷/۳۵	۱۸/۵۶	۷/۰۹
	کنترل	۲۷/۸۱	۸/۱۳	۲۶/۴۴	۸/۴۰
در فکر فرو رفتن	آزمایش	۲۸/۳۱	۷/۴۳	۲۰/۸۱	۵/۵۵
	کنترل	۲۶/۵۰	۷/۰۶	۲۶/۰۱	۶/۷۶
نمره کل نشخوار فکری	آزمایش	۵۶/۰۶	۱۱/۸۲	۳۹/۳۷	۱۱/۲۴
	کنترل	۵۴/۳۱	۱۱/۷۸	۵۲/۴۴	۱۳/۱۷

همگنی واریانس خطا در دو گروه مورد بررسی نیز تأیید شد. به طور کلی، با توجه به بررسی‌های انجام شده، مفروضات اساسی روش تحلیل کوواریانس رعایت شده است.

در ادامه، پس از کنترل اثر پیش‌آزمون جهت مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل بر طبق نمره‌های پس‌آزمون، در جهت تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر نشخوار فکری و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به افسردگی از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شده است. جدول ۴، خلاصه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره را نشان می‌دهد. همان طوری که در جدول ۴ مشاهده می‌گردد، نتایج آزمون لامبدای ویکلز به عنوان رایج‌ترین آزمون نشان داد که بین میانگین نمرات گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری در مرحله پس‌آزمون وجود داشت و ۷۱ درصد تفاوت مشاهده شده در دو گروه، مربوط به عضویت گروهی بود ($P < 0.001$).

برای تجزیه نتایج از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. قبل از اجرای تحلیل کوواریانس، پیش‌فرض‌ها مورد بررسی قرار گرفتند. یکی از مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس، نرمال بودن توزیع داده‌ها است. نتایج آزمون Shapiro-Wilk حاکی از آن بود که نمرات متغیرهای مورد بررسی دارای توزیع نرمال بودند ($P > 0.05$). همچنین، آماره‌های کجی و کشیدگی در دامنه مورد قبول ($+2$ و -2) قرار داشت. بنابراین، داده‌های دو گروه از توزیع نرمال برخوردار بودند. همچنین، گروه‌های آزمودنی از لحاظ پیش فرض‌های همگنی واریانس‌ها (از طریق آزمون Levene) و همگنی ماتریس‌های کوواریانس (از طریق آزمون Box's M) بررسی شدند. نتایج غیرمعنادار آزمون ام باکس برای متغیرهای پژوهش، تأییدکننده همگنی ماتریس کوواریانس بود ($P = 0.558$, Box's M = 2/229). همچنین، بر طبق آزمون Levene با توجه به مقدار P به‌دست آمده برای متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی ($P = 0.255$) و نشخوار فکری ($P = 0.141$).

جدول ۴- خلاصه نتایج آنالیز کوواریانس چندمتغیره اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر نشخوار فکری و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به افسردگی مراجعه کننده به کلینیک‌های خدمات روان‌شناختی و مشاوره شهر گرگان در سال ۱۴۰۲

متغیر	ارزش	آماره F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	مقدار P	ضریب اتا
اثر پیلای	۰/۸۲	۶۴/۹۱	۲	۲۷	<۰/۰۰۱	۰/۷۱
لامبدای ویکلز	۰/۱۷	۶۴/۹۱	۲	۲۷	<۰/۰۰۱	۰/۷۱
اثر هتلینگ	۴/۸۰	۶۴/۹۱	۲	۲۷	<۰/۰۰۱	۰/۷۱
بزرگ‌ترین ریشه روی	۴/۸۰	۶۴/۹۱	۲	۲۷	<۰/۰۰۱	۰/۷۱

بهزیستی روان‌شناختی مؤثر است. مجذور اتا نشان می‌دهد که ۵۳ درصد از واریانس نشخوار فکری و ۶۱ درصد از واریانس بهزیستی روان‌شناختی ناشی از شرایط آزمایشی است ($P < 0.001$).

در ادامه، از آنالیز کوواریانس چندمتغیره برای بررسی تفاوت دو گروه در هر یک از متغیرهای وابسته استفاده گردید. نتایج این آزمون‌ها در جدول ۵ گزارش گردیده است. با توجه به نتایج جدول ۵، می‌توان گفت که درمان متمرکز بر شفقت بر نشخوار فکری و

جدول ۵- نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره بر روی نمرات پس آزمون نشخوار فکری و بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به افسردگی مراجعه کننده به کلینیک های خدمات روانشناختی و مشاوره شهر گرگان در سال ۱۴۰۲

متغیرها	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	مقدار P	مجزور اتا
نشخوار فکری	پیش آزمون	۱۴۱۴/۶۸	۱	۱۴۱۴/۶۸	۱۵/۷۶	<۰/۰۰۱	۰/۳۵۲
	گروه	۱۵۷۶/۷۹	۱	۱۵۷۶/۷۹	۱۷/۵۶	<۰/۰۰۱	۰/۳۷۷
	خطا	۲۶۰۳/۰۰	۲۹	۸۹/۷۵			
	کل	۷۲۸۱۹/۰۰	۳۲				
بهزیستی روانشناختی	پیش آزمون	۸۵/۹۶	۱	۸۵/۹۶	۲/۳۵	۰/۱۳۶	۰/۰۷۵
	گروه	۲۶۸۵/۶۵	۱	۲۶۸۵/۶۵	۷۳/۴۹	<۰/۰۰۱	۰/۷۱
	خطا	۱۰۵۹/۷۸	۲۹	۳۶/۵۴			
	کل	۱۴۳۵۱۴/۰۰	۳۲				

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر نشخوار فکری و بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به افسردگی انجام گرفت. نتایج پژوهش حاکی از آن بود که درمان متمرکز بر شفقت به طور معناداری سبب کاهش نشخوار فکری بیماران مبتلا به افسردگی می شود. این مسئله نشان دهنده بهبودی معنادار در گروه درمان متمرکز بر شفقت بود. بر این اساس، درمان متمرکز بر شفقت سبب کاهش نشخوار فکری می شود و سطوح نشخوار فکری را بهبود می بخشد. این یافته با نتایج پژوهش های دیگر مطابقت داشت (۱۵، ۱۴، ۷). در تبیین این یافته می توان گفت، در بیماران مبتلا به افسردگی کاهش نشخوار فکری وجود دارد (۱۴). به عنوان نمونه هایی از تأثیر درمان متمرکز بر شفقت در حیطه سلامت روان، نتایج تحقیق Alighanavati و همکاران نشان داد که الگوی شفقت به خود بر کاهش نشخوار فکری افراد مبتلا به اختلال افسردگی است (۱۵). Rahbaran و همکاران نیز در پژوهشی به بررسی اثربخشی مداخله متمرکز بر شفقت بر نشخوار فکری در مبتلایان به افسردگی پرداخته و به این نتیجه دست یافتند که این مداخله درمانی با تقویت نگرش مثبت نسبت به خود به طور معناداری در کاهش نشخوار فکری اثربخش است (۱۴).

با توجه به نتایج حاصل، می توان این گونه بیان نمود که درمان متمرکز بر شفقت به دنبال شفاف سازی اجزای اصلی شفقت مثل حساسیت توأم با توجه، انگیزه مراقبت، همدردی، همدلی، تحمل پریشانی و داشتن دیدگاه غیرقضاوتی است و در این روش درمانی بر آزادسازی افراد از تله های ذهنی مانند خود ارزیابی ها و برچسب زدن های آزاردهنده که با هیجانات دردناک همراه هستند، تأکید می شود و پس از سپری کردن جلسات درمانی، ارزیابی منفی از خود تغییر می یابد و شناخت ها تصحیح و ترس و اجتناب از خود کاهش می یابد که این علائم نشان از کاهش نشخوار فکری در مبتلایان به افسردگی دارد. زمانی که افراد افسرده در جلسات درمان متمرکز بر شفقت قرار می گیرند و مهارت ها و تکنیک های این رویکرد درمانی را آموزش می بینند، بعد از مدتی ساختار ذهنی آن ها مسلح به ذهن شفقت ورز می شود. در چنین شرایطی این افراد با منحرف کردن توجه خود از هیجان های منفی، مدت زمان برانگیختگی هیجان های خود را کنترل و تنظیم می کنند و تلاش می کنند معنای حالت های احساسی و ادراکی خود را تغییر دهند و نشخوار فکری کمتری داشته باشند. در چنین حالتی احساسات و هیجان های آن ها، دردناک و یا حالت اجتنابی ندارد و به نگاه بهتر و واقع بینانه تری نسبت به هیجان های خود دست می یابند و در کل نشخوار فکری کمتری دارند (۷).

درمان متمرکز بر شفقت، روی تکنیک‌ها و راهبردهایی تمرکز دارد که احتمالاً می‌تواند بر کاهش نشخوار فکری در بیماران مبتلا به افسردگی اثرگذاری بیشتری دارد. درمان متمرکز بر شفقت بر پایه‌ی دو فرایند اصلی بنیان شده است. اولین فرایند به تمامی فرایندهای تجربی اشاره دارد که شامل افزایش مهرورزی و مهربانی با خود و دیگران است. هم‌چنین فرایندهای رفتاری این مدل شامل شرطی‌زدایی، مدیریت تقویت آزادی خود و روابط یاری‌رسان است. فرایندهای تجربی این مدل مرتبط با سازه‌ی مدیریت احساسات است (۱۳). وقتی مراجعین در جلسات درمانی شفقت‌محور قرار می‌گیرند توجه شفیق، تصویرسازی شفیق، استدلال شفیق، رفتار شفیق، ادراک شفیق و احساس شفیق و دیگر فنون درمان متمرکز بر شفقت را می‌آموزند و ساختار روانی آن‌ها مجهز به ذهن شفیق می‌گردد، بعد از مدتی دیدگاه متعادل‌تری نسبت به خود پیدا می‌کنند و رخدادهای محیطی را ارزش‌گذاری و قضاوت نمی‌کنند و از لحاظ عاطفی و هیجانی در شرایط بهتر و مناسب‌تری قرار می‌گیرند (۱۳).

از طرفی، درمان متمرکز بر شفقت از طریق آموزش شفقت سبب گسترش مهربانی و عدم قضاوت در مورد اطرافیان می‌شود و هیجانات مثبت را جایگزین هیجانات مخرب و منفی می‌کند. از این طریق با توجه به بیان مستمر احساسات درونی خود با نزدیکان بر افکار منفی و تکراری خود غلبه و از این طریق به صورت فعال تر در روابط اجتماعی و بین‌فردی حضور پیدا می‌کنند و در نتیجه نشخوار فکری آن‌ها به میزان زیادی می‌تواند کاهش پیدا کند (۱۴). طبق یک تبیین کلی می‌توان بیان نمود، درمان متمرکز بر شفقت با استفاده از فنون ذکر شده، بر افکار منفی و نشخوار فکری تأثیر می‌گذارد و به این ترتیب می‌تواند بر کاهش نشخوار فکری مبتلایان به افسردگی منجر گردد.

هم‌چنین، نتایج پژوهش حاکی از آن بود که درمان متمرکز بر شفقت به طور معناداری سبب بهبود بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به افسردگی می‌شود. این مسئله نشان دهنده

بهبودی معنادار در گروه درمان متمرکز بر شفقت بود. بر این اساس، درمان متمرکز بر شفقت سبب بهبود بهزیستی روان‌شناختی می‌شود و بهزیستی روان‌شناختی را افزایش می‌دهد. این نتیجه‌گیری با نتایج پژوهش‌های (۲۰، ۱۹، ۹) در این زمینه همسو بود و حاکی از آن است که درمان متمرکز بر شفقت در بهبود بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به افسردگی مؤثر است و درمان متمرکز بر شفقت موجب افزایش بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به افسردگی شد. در تبیین این یافته می‌توان گفت، درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی در لحظه حال بودن و نگاهی غیر قضاوتی را به مراجعان یاد می‌دهد. به عنوان مثال، در یکی از تمرین‌های این مداخله، با عنوان "مراقبه دلسوزانه"، افراد یاد می‌گیرند که نگاهی مهربان‌تر و سهل‌گیرانه‌تر نسبت به خود داشته باشند، زیرا این پیش‌نیاز برای دوست داشتن عزیزانشان است. خودشفقت‌ورزی به مردم می‌آموزد که افکار صرفاً افکار هستند نه واقعیت‌ها، و آنها یاد می‌گیرند که افکار منفی در مورد خود را نادیده بگیرند و درگیر این افکار که وارد ذهنشان می‌شود، نشوند (۸). در مجموع این تکنیک‌ها و اجرای آنها، این امکان را برای افراد فراهم می‌آورد تا بهزیستی روانی، را افزایش دهند و نگاه مهربانانه به خود داشته باشند و استمرار و ارتقای این مهارت‌ها موجب می‌شود تا میزان بهزیستی روانی در مراجعان به طور معنی‌داری افزایش یابد.

از طرفی، می‌توان گفت که تکنیک‌های مورد استفاده در درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند به کاهش تمایل ذهن به تشدید حالت های هیجانی منفی کمک کند و بهزیستی روانی را که عموماً در افراد مبتلا به افسردگی پایین است، افزایش دهد. هم‌چنین، تکنیک‌های استفاده شده در درمان متمرکز بر شفقت، به آزمودنی‌ها کمک می‌کند تا توجه و آگاهی بیشتری نسبت به احساسات، افکار، هیجانات و محیط اطراف خود داشته باشند و آموزش خودشفقت‌ورزی به افراد کمک می‌کند تا به این افکار و اعمال به گونه‌ای غیرقابل قضاوت، مهربانانه و مفیدتر پاسخ دهند. براین

اساس، افرادی که از شفقت به خود بالاتری برخوردارند با سخت گیری کمتری خود را قضاوت می کنند، وقایع منفی زندگی را آسان تر می پذیرند و واکنش های شان دقیق تر و مبتنی بر عملکرد واقعی آن ها خواهد بود که این تحولات می تواند افزایش بهزیستی روانی را سبب شود.

کارشناسان نیز بر این باورند که شفقت به خود موجب بهبود احساس مراقبت فرد نسبت به خود، آگاهی یافتن، نگرش بدون داوری نسبت به بی کفایتی و شکست های خود می شود و فرد می پذیرد که تجارب رنج آور از تجارب معمول بشری است (۲۰). هم چنین، شفقت خود به فعال سازی نظام تسکین خود کمک می کند و بنابراین به افزایش بهزیستی روانی در افراد منجر می شود (۹). هم چنین، در فرایند این تمرین ها آزمودنی ها یاد می گیرند که به گونه ای متفاوت پاسخ دهند و اجازه ندهند افکار یا اعمال اجتنابی یا خود تخریب کننده بر زندگی آنها اثرگذار باشند. ارتقاء مهارت های خودشفقتی نظیر مهربانی، همدلی، اعتماد و شفقت نسبت به خود را برای آنان فراهم می کند تا نگاهی مشفقانه به خود داشته باشند و از این طریق بهزیستی روانی در این افراد به طور قابل ملاحظه ای افزایش می یابد.

از محدودیت های پژوهش حاضر می توان به خودگزارشی بودن ابزارهای پژوهش و عدم وجود مرحله پی گیری اشاره کرد. هم چنین، این پژوهش فاقد دوره پی گیری بود و در مورد تداوم اثر درمان نتایجی به دست نداد. عدم کنترل وضعیت اقتصادی و اجتماعی و یکسان بودن پژوهش گر و درمان گر که که ممکن است سوءگیری در نتایج را افزایش دهد، از دیگر محدودیت های پژوهش حاضر است. بدیهی است تلاش در جهت رفع محدودیت های ذکر شده، پژوهش را با اعتبار بیشتری همراه می سازد. پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی دوره پی گیری جهت سنجش تداوم اثر درمان انجام شود.

نتیجه گیری

به طور کل نتایج پژوهش حاضر نشان داد درمان متمرکز بر شفقت بر نشخوار فکری و بهزیستی روان شناختی بیماران مبتلا به افسردگی اثربخش است. لذا، نتایج پژوهش حاضر ضمن تبیین ضرورت توجه به کاهش مشکلات روان شناختی بیماران مبتلا به افسردگی از طریق مداخلات روان شناختی، اهمیت به کارگیری درمان متمرکز بر شفقت را متوجه روان پزشکان و روان شناسان می کند. توصیه می شود درمان متمرکز بر شفقت به عنوان درمان مکمل، در کنار درمان دارویی برای ارتقاء بهزیستی روان شناختی و کاهش نشخوار فکری افراد مبتلا به افسردگی مورد استفاده قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد بهشهر است. بدین وسیله از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش که نهایت همکاری را داشتند، تشکر و قدردانی می شود.

تعارض در منافع: از طرف نویسندگان هیچ گونه تعارض منافی در مقاله گزارش نشده است.

حامی مالی: پژوهش حاضر فاقد هرگونه حمایت مالی از جانب سازمان های دولتی یا خصوصی بوده است.

ملاحظات اخلاقی: این پژوهش تحت شناسه اخلاق IR.IAU.SARI.REC.1402.318 از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ساری انجام شد.

مشارکت نویسندگان

- طراحی ایده: حانیه باقری
- روش کار: حانیه باقری
- جمع آوری داده ها: حانیه باقری
- تجزیه و تحلیل داده ها: حانیه باقری
- نظارت: مجید پورفرج عمران
- مدیریت پروژه: مجید پورفرج عمران
- نگارش - پیش نویس اصلی: حانیه باقری
- نگارش - بررسی و ویرایش: حانیه باقری

References

1. Ross RE, VanDerwerker CJ, Saladin ME, Gregory CM. The role of exercise in the treatment of depression: biological underpinnings and clinical outcomes. *Molecular Psychiatry* 2023; 28(1): 298-328.
2. WHO, CONSTITUTION OF. World health organization. *Air Quality Guidelines for Europe* 2020; 91.
3. Fried EI, Flake JK, Robinaugh DJ. Revisiting the theoretical and methodological foundations of depression measurement. *Nature Reviews Psychology* 2022; 1(6): 358-68.
4. Wu Q, Feng X, Gerhardt M, Wang L. Maternal depressive symptoms, rumination, and child emotion regulation. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2020; 29: 125-34.
5. Watkins ER, Roberts H. Reflecting on rumination: Consequences, causes, mechanisms and treatment of rumination. *Behaviour Research and Therapy* 2020; 127: 103-16.
6. Liu D, Liu S, Deng H, Qiu L, Xia B, Liu W, et al. Depression and suicide attempts in Chinese adolescents with mood disorders: the mediating role of rumination. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2023; 273(4): 931-40.
7. Hadian S, Jabalameli S. The effectiveness of compassion-focused therapy (CFT) on rumination in students with sleep disorders: a quasi-experimental research, before and after. *Studies in Medical Sciences* 2019; 30(2): 86-96. [Farsi]
8. Demehri F, Sardari Z, Saeidmanesh M. The Effectiveness of Enriched with Compassion Acceptance and Commitment therapy (ACT) on Psychological Well-Being and Suicidal Tendency in Adolescents with Parents with Chronic Psychological Illness. *Socialworkmag* 2022; 10(4): 37-47. [Farsi]
9. Chan ASW, Lo IPY, Yan E. Health and social inclusion: The impact of psychological well-being and suicide attempts among older men who have sex with men. *American Journal of Men's Health* 2022; 16(5): 38-49.
10. Molinero O, Salguero A, Márquez S. Perceived health, depression and psychological well-being in older adults: physical activity and osteoarticular disease. *Sustainability* 2021; 13(15): 8157-69.
11. Au TM, Sauer-Zavala S, King MW, Petrocchi N, Barlow DH, Litz BT. Compassion-based therapy for trauma-related shame and posttraumatic stress: Initial evaluation using a multiple baseline design. *Behavior Therapy* 2017; 48(2): 207-21.

12. Navarro-Gil M, Lopez-del-Hoyo Y, Modrego-Alarcón M, Montero-Marin J, Van Gordon W, Shonin E, et al. Effects of attachment-based compassion therapy (ABCT) on self-compassion and attachment style in healthy people. *Mindfulness* 2020; 11(1): 51-62.
13. Gilbert P. Compassion focused therapy: special Issue. *International Journal of Cognitive Therapy* 2016; 3(2): 197-201.
14. Rahbaran R, Karmi R, Shah Mohammadi Kalibar M. The effectiveness of behavioral activation therapy in reducing rumination and depression in adolescents. *Thought and behavior in clinical psychology* 2018; 13(52): 17-26. [Farsi]
15. Alighanavati S, Bahrami F, Godarzi K, Rouzbahani M. Effectiveness of compassion-based therapy on rumination and concern of women with breast cancer. *Health Psychology* 2018; 7(27): 152-68. [Farsi]
16. Asano K, Shimizu E. A case report of compassion focused therapy (CFT) for a Japanese patient with recurrent depressive disorder: the importance of layered processes in CFT. *Case Reports in Psychiatry* 2018; 98: 213-25.
17. Jiang T, Chen Z. Meaning in life accounts for the association between long-term ostracism and depressive symptoms: The moderating role of self-compassion. *The Journal of Social Psychology* 2020; 160(5): 535-47.
18. Finlay-Jones AL, Rees CS, Kane RT. Self-compassion, emotion regulation and stress among Australian psychologists: Testing an emotion regulation model of self-compassion using structural equation modeling. *PloS one* 2015; 10(7): 133-41.
19. Taheri A, Marashi SA, Hamid N, Beshlideh K. The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Psychological Well-Being and Meaning in Life of Mothers of Children With Intellectual and Developmental Disorders. *IJPCP* 2022; 28(1): 20-33. [Farsi]
20. Gheibee A, Tajeri B, Kooshki S, Sobhi Gharamaleki N. Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment and Compassion Therapy on Psychological Well-being in Patient with Multiple Sclerosis. *IJRN* 2021; 7(2): 63-73. [Farsi]
21. Erdur-Baker Ö, Bugay A. The short version of ruminative response scale: reliability, validity and its relation to psychological symptoms. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2010; 1(5): 2178-81.
22. Bagherinejad M, Salehi Fadardi J, Tabatabaei SM. The relationship between rumination and depression in a sample of Iranian university of students. *Research in Clinical Psychology and Counseling* 2010; 11(1): 21-38. [Farsi]
23. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology* 1989; 57(6): 1069-81.
24. Khanjani M, Shahidi SH, Fathabadi J, Mazaheri MA, Shokri O. Factorial structure and psychometric properties of the short form (18 questions) of Ryff psychological well-being scale in male and female students. *Journal of Thought and Behavior in Clinical Psychology* 2014; 9(32): 27-36. [Farsi]

The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Rumination and Psychological Well-Being of Patients with Depression: A Quasi-Experimental Study

Haniyeh Bagheri¹, Majid Pourfaraj Omran²

Received: 05/08/24 Sent for Revision: 20/10/24 Received Revised Manuscript: 15/12/24 Accepted: 17/12/24

Background and Objectives: Depression is one of the common problems. The use of compassion therapy and conducting research in this field has been increased in recent years. Therefore, the present study was conducted with the aim of determining the effectiveness of compassion-focused treatment on rumination and psychological well-being of patients with depression.

Materials and Methods: The present study was a quasi-experimental study with a pretest-posttest design with a control group. The statistical population of the research included all the people suffering from depression in Gorgan City in 2023, 32 people were selected by convenience sampling and randomly assigned into the experimental group (16 people) and control (16 people) groups. Then both groups were evaluated by Nolen and Hoeksema's (1993) Rumination Questionnaire and Ryff's (1989) Psychological Well-Being. The people in the experimental group received 8 sessions of group therapy focused on compassion during two months and as a 90-minute session per week, and the control group did not receive any intervention. The data were analyzed by multivariate analysis of covariance.

Results: The results showed that after treatment, the mean rumination score (39.37 ± 11.24) in the experimental group decreased ($p < 0.001$) and the mean psychological well-being score (76.01 ± 7.07) in the experimental group increased ($p < 0.001$).

Conclusion: The present study showed that compassion-focused therapy is effective on rumination and psychological well-being of depressed patients. Therefore, it is suggested to use this approach to reduce rumination and improve psychological well-being.

Key words: Rumination, Psychological well-being, Depression, Compassion therapy

Funding: This study did not have any funds.

Conflict of interest: None declared.

Ethical considerations: The Ethics Committee of Islamic Azad University, Behshahr Branch of Medical Sciences, approved the study (IR.IAU.SARI.REC.1402.318).

Authors' contributions:

- **Conceptualization:** Haniyeh Bagheri
- **Methodology:** Haniyeh Bagheri
- **Data collection:** Haniyeh Bagheri
- **Formal analysis:** Haniyeh Bagheri
- **Supervision:** Majid Pourfaraj Omran
- **Project administration:** Majid Pourfaraj Omran
- **Writing – original draft:** Haniyeh Bagheri
- **Writing – review & editing:** Haniyeh Bagheri

Citation: Bagheri H, Pourfaraj Omran M. The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Rumination and Psychological Well-Being of Patients with Depression: A Quasi-Experimental Study. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2024; 23 (9): 751-63. [Farsi]

1- MSc Student in Clinical Psychology, Department of psychology, Behshahr Branch, Islamic Azad University·Behshahr·iran
2- Associate Prof., Department of psychology, Behshahr Branch, Islamic Azad University·Behshahr·iran, ORCID: 0000-0002-4964-2683
(Corresponding Author) Tel: 09111002326, E-mail: m.pourfaraj@gmail.com